



**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Code Postal :** .....

**Ville :** .....

**IMPORTANT**  
(requête des services postaux)  
**Téléphone ou Email :** .....

Quantité	Titre et/ou désignation	#	Prix unitaire	Total

Chèque bancaire : à l'ordre d'AstroCity

Carte bancaire marquée CB ou MasterCard

Numéro de la carte : \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Date d'expiration de la carte : \_ \_ / \_ \_

Cryptogramme visuel :

(au dos de la CB, bloc de 3 chiffres)

Nom et signature du porteur :

<b>SOUS TOTAL</b>	+	
<b>AVOIR</b> sur facture #	-	
<b>FORFAIT</b> port France Métropolitaine	+	<b>8.90 €</b>
ou Frais de port <b>DOM-TOM</b> =	+	<b>20.00€</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>		
Date et signature des parents pour les mineurs :		

